1893
Lane Medical Library

Über Prolapsoperationen

mit besonderer Berücksichtigung der Fritsch'schen Methode.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 19. Mai 1893,

Nachmittags 1 Uhr,

öffentlich verteidigen wird

Leo Bronk
pract. Arzt
aus Westpreussen.

Opponenten:

Herr cand. med. Litewski.
Herr cand. med. Jaks.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1893.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0315

Seiner theuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Schon in den ältesten Zeiten hat man Vorfälle der Scheide und des Uterus beobachtet. Hippocrates und Soranus erwähnen ihn schon und der Letztere tadelt die Kur des Euryphon, welcher die Kranken 24 Stunden hindurch an einer Leiter mit dem Kopf nach unten hängen liess. Andere nahmen die Kur der Prolapse in der Weise vor, dass sie den vorgefallenen Uterus mit stinkenden Substanzen beräucherten, indem sie annahmen, dass derselbe ein lebendes Thier sei, welches durch den üblen Geruch dazu bewegt werden müsste, sich wieder in die Bauchhöhle zu verkriechen. Soranus selbst hat zuerst den vorgefallenen Uterus, nachdem er die Patientin gut gelagert hatte, reponirt und darauf ein Pessar aus Wolle hineingelegt, um den Wiedervorfall zu verhüten. Nach ihm hörte man sehr wenig von derartigen Eingriffen und wir wissen daher sehr wenig von der sonstigen Behandlung der Vorfälle in der Vorzeit. In der neueren Zeit legte man sich besonsonders auf Constructionen der verschiedenartigsten

Pessare, welche die Heilung der Vorfälle herbeiführen sollten. Die Menge derselben ist eine so grosse, dass sie alle an dieser Stelle nicht anzuführen sind. Erwähnen will ich nur die am meisten gebräuchlichsten. Diese sind: Der Meyersche Ring, die Pessarien von Schultze und Veuillet, das Hodge'sche und das Thomas-Pessar. Alsdann giebt es die sogenannten gestielten Pessare, die von Roser-Scanconi und von Frank-Schilling angegeben sind. Ferner haben wir Pessarien, an denen Bandagen anbefestigt sind, welche mit besonderer Leichtigkeit angebracht und von den Kranken selbst an- und abgebunden werden können. In neuester Zeit gebraucht man die aus Zellulose gefertigten Pessare, welchen man, nachdem man sie erwärmt hat, jede mögliche Form geben kann. Alle diese Instrumente sind wohl im Stande, wenn sie gut angelegt sind, den Vorfall zurückzuhalten, eine dauernde Heilung führen sie jedoch nur in sehr seltenen Fällen herbei.

Dieselbe Bedeutung hat das neuerdings besonders in Schweden geübte Verfahren von Thure-Brandt, welches darin besteht, dass durch methodisch ausgeführte Bewegungen der Vorfall zurücktritt. Ob damit eine dauernde Heilung erzielt wird, ist zweifelhaft.

Daher war man schon früher, besonders aber in

der Neuzeit bemüht, auf operativem Wege dem Uebel abzuhelfen.

Die Methoden dazu sind sehr mannigfaltig, daher man auch leicht der Meinung sein könnte, dass keine von ihnen eine vollkommene ist. Um die Fritsch'sche Methode, deren Schilderung meine Aufgabe ist, besser verstehen zu können, müssen alle vorher in Anwendung gebrachten Methoden einer näheren Betrachtung unterzogen werden.

Die Vornahme der einen oder anderen Operation hängt auch in besonders hohem Maasse von der Grösse des Vorfalls ab. Im grossen und ganzen kann aber eine dauernde Hülfe nur dadurch gebracht werden, dass man den Vorfall operativ behandelt und damit einen festen Beckenboden mit gleichzeitiger Verengung des Scheideneinganges schafft. Hierdurch wird hauptsächlich der Vorfall der hinteren Scheidenwand und der des Uterus verhindert. Da aber in der Regel die vordere Scheidenwand hauptsächlich, ja in manchen Fällen ausschliesslich vorgefallen ist, und man ihr Herausdrängen aus der Schamspalte nicht verhindert, so muss man meistens eine Operation vorausschicken, welche die Substanz der vorderen Scheidewand um ein solches Stück verringert, dass sie nicht mehr vorfallen kann. Meistens ist gleichzeitig eine Hypertrophie

der Portio vorhanden, welche durch den dauernden Reiz der Kleidungsstücke und athmosphärischen Luft entstanden ist. Daher ist man in sehr vielen Fällen genöthigt, eine Excision eines Theiles des Cervix oder die Amputation des ganzen Cervix vorauszuschicken.

Die Prolapsoperation selbst bestehen entweder in der Verengerung der vorderen oder der hinteren Scheidenwand. Je nachdem bezeichnet man auch die Operationen die Kolporrhaphia anterior oder posterior.

Die Kolporrhaphia anterior besteht in dem Ausschneiden eines ovalen Stückes aus der Schleimhaut der vorderen Scheidenwand und der Vereinigung der Wundränder durch eine einfache Naht. Das auszuscheidende Stück darf nicht zu klein ausfallen und muss vom Harnröhrenwulst seinen Anfang nehmen und an der vorderen Lippe enden. Derartige Anfrischungen heilen jedoch nicht immer per primam, daher hat Fehling den Vorschlag gemacht, zwei seitliche Lappen zu bilden, um so die mittlere Partie freizulassen. Von Vortheil ist es ausserdem, den Lappen stumpf von der Unterlage abzuheben, damit die ganze Schleimhaut weggenommen wird. Damit erreicht man eine sehr feste Narbe, die gar nicht nachgiebt, wenn sie per primam heilt. Beim Abpräpariren sticht man gewöhnlich ein kleines doppelschneidiges

Lanzenmesser unter eine grössere Strecke der Schleimhaut und schneidet dann nach einer Seite hin aus. Die Wundfläche glättet man nachher etwas mit der Scheere und schreitet alsdann zur Naht. Dieselbe wurde früher in einer etwas umständlichen Weise mit abwechselnd tiefen und oberflächlichen Seidennähten ausgeführt. Werth machte den Vorschlag, den tiefen Theil der Wunde mit versenkten Catgutnähten in Contakt zu bringen und die oberflächlichen Theile mit einfachen Nähten zu vereinigen. Hierbei kann man noch der allzuschnellen Resorption des Catgut dadurch vorbeugen, dass man das Catgut 24 Stunden hindurch in Oleum Juniperi legt und nachher in Alkohol härtet. Es wird dadurch so hart, dass es nicht eher gänzlich resorbirt wird, als bis die ganze Wunde vollständig geschlossen ist.

Von Vortheil ist es ferner, die Naht so anzulegen, dass man zuerst die Tiefen der Wunde einander nähert und allmählich zu höheren Schichten kommt, bis man auch die Schnittflächen der Schleimhaut durch die fortlaufende Naht vereinigt. Hierdurch erzielt man ein vollständiges Aneinanderliegen der Wundflächen in ihrer ganzen Ausdehnung und die Heilresultate sind so gut, dass man diese Naht mit Vorliebe anwendet.

Alsdann hat man vielfach beim Uterusprolaps die

Anfrischung eines Theiles der hinteren Wand der Scheidenwand und der ganzen hinteren Partie des Scheideneinganges, die sogenannte Kolporraphia posterior in Anwendung gebracht. Die Anfrischung hat meistens eine Schmetterlingsform. Die anzufrischende Fläche ist oft sehr gross und ihre Entblössung von Schleimhaut, die am besten durch Abreissung des Lappens geschieht, schwierig, so dass man darauf rechnen muss, dass bei der Operation eine ziemlich bedeutende Menge Blutes verloren geht. Daher ist diese Operation ein nicht geringer Eingriff, welcher eine ziemlich geübte Hand des Operateurs erfordert. Nachdem man die hintere Wand entfernt und die beiden seitlichen Wundränder aneinandergebracht hat, wird meistens die hintere Scheidenwand stark nach vorn abgeknickt, so dass sie in aufrechter Position eine nur wenig abwärts nach dem stark verengten Scheideneingang sich hinziehende Fläche bildet, auf welcher die vordere Scheidenwand und der Uterus aufruhen.

Diese beiden Hauptoperationen sind im Laufe der Jahre mannigfaltig je nach dem betreffenden Falle modificirt worden und haben wir daher eine bedeutende Menge von Operationsmethoden, die im Grossen und Ganzen auf dasselbe hinauslaufen. So führt

Hofmeier die Kolporrhaphia anterior und die Amputation des Cervix in der Weise aus, dass er den Cervix zu beiden Seiten einschneidet, die hintere Lippe keilförmig amputirt und dann die Kolporrhaphia anterior so anlegt, dass die vordere Lippe mit in den Bereich der Anfrischung fällt, und die obere Spitze der längsovalen Anfrischung in den Cervicalcanal hereinkommt. Es muss dabei an der Stelle der vorderen Lippe die Anfrischung sehr viel tiefer in das Gewebe gehen, weil sonst die Spannung hier zu gross wird. Der Effect ist ein vorzüglicher, da auf dem oberen Theil der Scheidennarbe die vordere Wand des Cervix aufruht. Auch durch ausgedehntere Geschwüre der vorderen Scheidenschleimhaut, sagt Hofmeier, braucht man die Operation nicht aufhalten zu lassen, da man fast stets die Anfrischung so legen kann, dass sie die Geschwüre mit umfasst. Hofmeier hat mit dieser Methode ausgezeichnete Resultate erzielt.

Zweifel und Sänger haben in den letzten Jahren in den meisten Fällen die Lawson-Tait'sche Operation der Lappendammspaltung ausgeführt, welche durch die Leichtigkeit und Schnelligkeit ihrer Ausführung ungemein besticht und ausserdem einen längeren Damm schafft, wie jede andere Operation. Bei grösseren Vorfallen, wo ein grosser Überschuss von

Gewebe vorhanden ist, reicht sie indessen nicht aus, sondern ihr muss dann die Kolporrhaphia posterior vorausgeschickt werden.

Die Ausführung dieser Operation lässt sich in kurzen Worten folgendermassen darstellen:

Man beginnt mit Einschiebung eines Bausches Jodoformgaze in das Rectum. Dadurch wird die hintere Vaginalwand ein wenig vorgebuchtet und werden dadurch die etwa noch im Mastdarm befindlichen Faecalmassen vom Operationsgebiet ferngehalten. Durch Einführung des linken Zeigefingers in das Rectum sowie dadurch, dass ein Assistent die Vulva in der Richtung gegen die Tubera ischii auseinanderzieht, wird der Damm breit gezogen, die Vulva gespreizt und die hintere Scheidenwand hoch hinauf frei gelegt. Man sticht nun die Spitze des untern Blattes einer kleinen horizontal gehaltenen Kniescheere in der Medianlinie, zwischen hinterer Commissur und Analwand, die Mitte haltend, circa 1,5—3 cm tief ein und schneidet das Septum retrovaginale zuerst nach links hin, dann unter Wendung nach rechts hin auseinander. Die Endpunkte dieses Querschnittes werden bestimmt durch zwei verticale Linien, welche man sich ein wenig nach Aussen von der Vereinigung der kleinen mit den grossen Schamlippen nach abwärts

gezogen denkt. In dieser Richtung schneidet man beiderseits ebenfalls mit der Scheere von den Endpunkten des horizontalen Schnittes 2,5—3 cm. in die Höhe. Diese seitlichen Schnitte dringen circa 3 cm. tief ein. Durch diese drei Schnitte entsteht ein viereckiger Scheidenlappen, welchen man mit einer Kugelzange sanft in die Höhe zieht und dabei die an seiner Basis sich anspannenden Gewebsbündel ebenfalls mit der Scheere durchschneidet. Die so gebildete Wunde hat eine sechseckige Gestalt. Sie wird durch quere Knopfnähte vereinigt, welche sämmtlich nur vom Damm aus angelegt werden und unter der ganzen Tiefe der Wunde durchgeführt werden. Hierbei verhindert der im Rectum liegende Zeigefinger eine Durchbohrung desselben mit der Nadel. Die Wunde wird alsdann vom obern Theile nach unten hin vernäht. Nachdem die letzte Naht angelegt ist, entfernt der Operateur erst seinen Finger aus dem Rectum. Diese von Sänger in mehr als fünfzig Fällen ausgeführte Operation hat ihm sehr grosse Erfolge eingebracht und ist daher auch anderweitig sehr viel in Anwendung gezogen worden.

Wysocki hat in seiner Inaugural-Dissertation über Episio-Perineorrhaphia im Jahre 1889 und Klewe desgleichen zahlreiche Fälle aus der Greifswalder

Klinik gesammelt, welche nach dieser Methode operirt, ein vortreffliches Resultat eingebracht haben. Bis jetzt hat Herr Geh.-Rath Prof. Dr. Pernice meistentheils nur nach der oben genannten Operationsmethode Fälle von Prolapsus Uteri operirt. Ausser dieser Methode hat Herr Geh.-Rath Pernice noch in drei Fällen die Frank'sche Methode angewendet, welche Spallek in seiner Dissertation in diesem Jahre beschrieben hat. Diese Operation besteht in folgendem Verfahren:

Vor dem Anus parallel mit der hintern Commissur wird eine quere Wunde geschnitten. Von dieser aus wird die Vagina in ihrem hintern Umfange von der Unterlage so abgelöst, dass das Rectum frei in der Wunde liegt, und zwar geschieht die Lösung bis zum Fornix posterior vaginae. Vaginalgewebe wird nicht excidirt, sondern das scheinbar überflüssige Gewebe durch versenkte Catgutnähte, welche in der ganzen Länge der losgelösten Vagina auf der dem Mastdarm zugekehrten Seite etagenförmig angelegt werden, zu einem Wulst nach der vorderen Vaginalwand hin gebildet. Die Vereinigung der durch das Ablösen der Vagina entstandenen queren Dammwunde erfolgt von der Tiefe aus sagittal durch versenkte Werth'sche Nähte. Das Princip bei dieser Operation ist, die

hintere Vaginalwand mit der Unterlage festzulöthen. Bei der Ausführung dieser Operation macht die Lösung des Vaginalrohres nur am Introitus vaginae Schwierigkeiten; sind diese überwunden, so lässt sich der Schlauch weiter nach oben hin mit Leichtigkeit ablösen.

In ähnlicher Weise wie Frank machte Simpson einen Schnitt im unteren Theile der hinteren Vaginalwand von der hinteren Commissur angefangen etwa 5 cm. lang, setzte an dem unteren Punkte des Schnittes das Messer wieder ein und führte an der Grenze der Vagina und der äusseren Haut je einen bogenförmigen Schnitt nach aufwärts, ebenfalls 4—5 cm. lang. Die so umschnittenen Schleimhautlappen werden abpräparirt, nach oben geschlagen und von oben her durch Nähte mit einander befestigt, so dass nach der Vagina zu ein Wulst entsteht. Die vordere Dammwunde wird durch einige Silberdrähte mit einander verbunden.

Alle diese Operationen bezwecken das Nichtwiedervorfallen des Uterus und das Zurückbleiben desselben in der Bauchhöhle und zwar dadurch, dass teils aus dem Uterus, teils aus der Vagina Gewebsstücke entfernt werden, durch deren Wegfall der Uterus in der Bauchhöhle zurückgehalten wird. Dies gelingt in der Mehrzahl der Fälle. In einigen Fällen

aber zeigen sich alle diese Operationen fruchtlos, da entweder sofort oder ein paar Wochen später der Uterus wieder vorfällt und die Frau wieder denselben Übeln unterworfen ist, wie vorher. Eine solche Patientin, die schon einmal eine Operation überstanden hat, wird sich kaum zu einer zweiten entschliessen und lieber ihr ganzes Leben hindurch ihr Leid tragen. Daher ist es von der grössten Wichtigkeit, die Fälle, welche zur Operation gelangen, einer sorgfältigen Musterung zu unterziehen. Diejenigen Fälle, wo der Vorfall unbedeutend ist und die Hypertrophie des Cervix geringe Grade erreicht hat, kann man nach irgend einer der oben erwähnten Methoden behandeln. Wo jedoch der Vorfall ein vollständiger ist und die Hypertrophie des Cervix in sehr hohem Masse ausgesprochen ist, wird man in den meisten Fällen von allen jenen Operationen abstehen müssen und eine Operation wählen, welche uns Fritsch in solchen Fällen vorgeschrieben hat. Dieselbe besteht in der totalen Exstirpation des ganzen Uterus von der Scheide aus mitsammt dem hypertrophischen Teile der Scheide. Fritsch selbst hat diese Operation in 5 Fällen angewandt und damit gute Erfolge erzielt. Er selbst sagt darüber folgendes:

„Handelt es sich um eine Frau, bei der Kindersegen nicht zu erwarten ist, bei der grosse Geschwüre am Uterus eine plastische Operation unmöglich machen oder sehr erschweren, bei der die Masse des Prolapsus wesentlich von der hypertrophischen, schwartigen Vagina gebildet wird, so halte ich die Totalexstirpation für indicirt. Sie befreit die Patientin mit absoluter Sicherheit definitiv von ihrem Leiden. Recidiv ist unmöglich, da das, was vorfiel, weggeschnitten ist. Die Heilungsdauer, bezw. das Krankenlager dauert nur 2—3 Wochen, und die Gefahr ist bei guter Technik nicht grösser als bei einer ausgiebigen Prolapsoperation. Ein Misserfolg etwa dadurch, dass prima intentio nicht erfolgt, kommt überhaupt nicht in Frage.“

Die Beschreibung der Operationsmethode geht aus der Schilderung der Operation im nachstehenden Falle hervor. Hervorzuheben sind hier noch besonders drei Punkte, worauf Fritsch selbst sehr grosses Gewicht legt. Diese sind:

1. die Möglichkeit, ein grosses Stück der Scheide zu exstirpiren;

2. die Sicherheit, die Blase in ihre normale Lage zu bringen, und

3. die gute Fixation des Scheidenrestes an den Stümpfen der digamenta data.

Was den ersten Punkt betrifft, so hat Fritsch selbst so grosse Stücke aus der Vagina exstirpirt, dass beinahe $^2/_3$ der ganzen Scheide weggefallen waren. Dabei bleibt doch auch eine 7—8 cm lange Vagina zurück. Das innerliche Scheidengewölbe ist meist so ausgezerrt und gedehnt, dass es grösser erscheint, als es eigentlich ist. Die Hypertrophie und Verhornung trägt ebenfalls dazu bei, das ausgeschnittene Stück auffallend gross erscheinen zu lassen. Jedenfalls aber wird soviel Masse entfernt, dass ein Vorfall durch die eigene Schwere nicht wieder erfolgen kann.

Der zweite Punkt betrifft die Reposition der Blase. Ist die Portio media sehr hypertrophisch und verlängert, so wird die Verbindung mit der Blase statt 5 cm 10 cm und noch höher. Die Loslösung des Uterus von dieser grossen Fläche kann sehr blutig verlaufen, daher es sehr schwierig ist, sich hier zu orientiren. Ist aber die Ablösung gut gelungen, so fragt es sich, was man mit dieser handtellergrossen blutenden Fläche machen soll. Sie einfach zu reponiren, geht wegen der vielen spritzenden Gefässe nicht an. Noch unrichtiger wäre es, das Peritoneum

einfach über die blutende Fläche zu ziehen und es an die Vagina anzunähen. Fritsch hat deshalb durch Katgutnähte, welche in sagittaler Richtung das Gewebe durchziehen, die Fläche successive verkleinert. Dabei stillt man die Blutung und stülpt mehr und mehr die Cystocele zurück. Schliesslich nähert sich der obere Peritonealrand der Vagina, mit der er zum Schluss vereinigt wird. Ist man fertig, so ist die Cystocele vollständig reponirt; die Blase hat ihre normale Form und Lage wiedergewonnen.

Der dritte Punkt ist die Fixation des Scheidenrestes an den Ligamenta lata. Man hat der Operation den Vorwurf gemacht, dass der Rest der Scheide ohne ausgiebige Dammplastik wieder vorfallen würde. Dies ist richtig, wenn die Scheide nicht hochgehalten wird. Fritsch selbst hat dies beobachtet. Es bestand bald nach der Operation eine Rectocele. Er hat deshalb mit den Ovarien die ligamenta lata soweit als irgend möglich herabgezogen und die Bänder fest an die seitlichen Teile der Scheide festgenäht. Sind nun die Ovarien entfernt, ziehen sich die lig. lata wieder in die Gegend ihrer natürlichen Ansatzpunkte nach oben zurück, so nehmen sie die Scheide gleichsam mit und fixiren sie hoch oben im Becken. Deshalb legt Fritsch auf dieses Festnähen

der herabgezogenen Stümpfe der lig. lata mit vielen festen Nähten den allergrössten Werth.

Ferner ist nach Fritsch die sogenannte Präventivligatur wegzulassen, da die rami vaginales am seitlichen Teil des Uterus ziemlich stark bluten nach Wegnahme des Schlauches; ohne diese Ligatur sieht man dagegen jedes spritzende Gefäss und kann sie einzeln unterbinden.

Die grosse Peritonealwunde ist mit Seidennähten zu vernähen. Dabei bleiben die Wundflächen der lig. lata unterhalb der Peritonealnaht.

Von Vortheil ist es auch, statt gleich die ganze Wunde zu vernähen, zunächst mit Jodoformgaze auszutamponiren und später die Naht folgen zu lassen, da beim sofortigen Nähen öfter Fieber beobachtet wurde.

Zur besseren Erläuterung des im Vorstehenden Gesagten will ich den vom Geh. Rath Pernice mir überwiesenen Fall selbst folgen lassen.

Fall.

Patientin ist die 25 Jahre alte Marie Binkowska aus Karendorf bei Greifswald.

Diagnose.

Prolapsus totalis parietis utriusque vaginae, inversio vaginae totalis, prolapsus uteri et vesicae.

Bimanuelle Untersuchung.

Die vordere sowie die hintere Scheidenwand sind in ganzer Ausdehnung vorgefallen. Die Umgebung des äusseren Muttermundes ist hochroth, exulcerirt. Die Entfernung von der Clitoris bis zum Ende des Vorfalls beträgt 16 cm. Innerhalb des Vorfalls liegt der 8 cm lange Uterus in retrovertirter Stellung, sowie die Blase in ganzer Ausdehnung, so dass das Ende der Blase in unmittelbarer Nähe des äusseren Muttermundes gelegen ist.

Therapie.

Exstirpation des Uterus und des oberen Scheidenteiles nach Fritsch.

Operation.

Nach gründlicher Desinfection des ganzen Vorfalls werden an der Vorderseite zwei unter stumpfem Winkel zusammentreffende Schnitte gemacht und zwar in der Weise, dass die Spitze des Winkels von dem Harnröhrenwulste etwa 1½ cm entfernt bleibt. Es wird nun versucht, von diesen Schnitten aus die Scheidenwand von der vorderen Seite der Blase abzutrennen. Da diese, teils mit dem Messer, teils stumpf ausgeführte Abtrennung nur unvollkommen gelingt, so wird von den Enden der ursprünglichen beiden Schnitte aus ein die hintere Wand des Vor-

falls umgreifender circulärer Schnitt geführt, der sofort den hinteren Douglas eröffnet. Es erscheint in der Wundlinie der Fundus uteri, es wird die Umschlagstelle des Peritoneums von der Blase auf die vordere Uteruswand leicht sichtbar gemacht und durchschnitten, während die Bauchhöhle provisorisch durch einen in das Peritonealloch sofort eingeschobenen grossen Schwamm verschlossen wird. Von diesem Schnitte im vorderen Douglas aus wird die vordere Seite des Uterus von der hinteren Blasenwand theils stumpf, theils mit dem Messer abgetrennt, die Anhänge werden von oben her partieenweise unterbunden und durchschnitten und die noch spritzenden Gefässe oder sichtbaren grösseren Gefässlumina werden besonders gefasst und unterbunden. Es gelingt jetzt leicht von unten her die vordere Scheiden- von der vorderen Blasenwand bis zu den erst gemachten Schnitten zu trennen, sodass nun der Uterus mit den ihm anhängenden Stücken der hinteren und vorderen Wand entfernt wird, während die Reste der Tuben, sowie beide Eierstöcke in der Bauchhöhle bleiben. Hierauf erfolgt die Entfernung des Schwammes. Die Stümpfe der Anhänge werden ebenso wie das Peritoneum an die Reste des Vaginalrohres angenäht, die Scheidenstümpfe selbst werden reponirt. Hiernach

wird das Peritonealloch durch einen eingeschobenen grossen Jodoformgazetampon verschlossen. Ausserdem wird ein Wattebausch und hiernach eine T-Binde applicirt.

Status vom 19. XII. 92.

Patientin fühlt sich am Tage der Operation sehr schwach, sieht in Folge des nicht unbedeutenden Blutverlustes hochgradig anämisch aus. Temperatur beträgt 36,9. Puls 110.

Status vom 20. XII. 92.

Das Allgemeinbefinden der Patientin ist gut. Temperatur des Morgens 37,3, des Abends 37,4. Puls 95.

Status vom 21. XII. 92.

Das Befinden der Patientin ist gut. Das Urinlassen erfolgt ohne Beschwerden. Temperatur 37,3 des Morgens, 37,9 des Abends. Puls 90.

Status vom 24. XII. 92.

Patientin fühlt sich wohl und entleert auf 0,3 Calomel reichlich Stuhlgang. Temperatur und Puls normal.

Status vom 26. XII. 92.

Herausnahme der Gaze, die nur wenig blutig ist. Ausspülung mit physiologischer Kochsalzlösung. Nachdem wird Jodoformgaze hineingelegt.

Das Allgemeinbefinden der Patientin bleibt andauernd gut; jeden zweiten Tag tritt auf Verabfolgung eines Einlaufs Stuhlgang ein.

Status vom 1. I. 93.

Verbandwechsel; in der Tiefe sind gute Granulationen sichtbar; Entfernung einiger Seidenfäden.

Status vom 6. I. 93.

Verbandwechsel; Ausspülung; Entfernung nekrotischer Fetzen.

Status vom 10. I. 93.

Patientin steht auf, im obern Theile der Scheide sind feste, derbe Granulationen.

Es wird an jedem fünften Tage des weiteren Verbandwechsel vorgenommen, zu mehreren Malen werden dabei auch zahlreiche Seidenfäden entfernt. Am 2. Februar wird die Patientin als geheilt entlassen.

Der Verlauf des Krankenbetts ergiebt nichts Anomales. Patientin fühlte sich während des ganzen Krankenlagers sehr wohl, und von Seiten der wunden Flächen bestanden keine Beschwerden. Es ist anzunehmen, dass Patientin dauernd geheilt bleibt und somit von ihrem schrecklichen Uebel befreit ist.

Zum Schluss sei es mir gestattet, dem Herrn Geh. Rath. Prof. Dr. Pernice für die Ueberweisung dieses Falles meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Leo Bronk, kath. Konfession, Sohn des verstorbenen Besitzers Johann Bronk und dessen Ehefrau Magdalena geb. Baczynska, wurde am 22. Januar 1868 zu Berent in Westpreussen geboren. Seinen ersten Unterricht empfing er in der Stadtschule und besuchte hierauf das Gymnasium seiner Heimathstadt bis zur Obersekunda. Hierauf besuchte er das Gymnasium zu Culm, welches er Ostern 1887 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Um Theologie zu studiren, begab er sich auf die Akademie zu Münster, verblieb dort ein Semester und ging nach Eröffnung des Klerikalseminars nach Pelplin, wo er gleichfalls ein Semester verblieb. Ostern 1888 begab er sich nach Greifswald, um Medicin zu studiren und verblieb dort 2 Semester. Alsdann bezog er die Universität Würzburg, wo er 5 Semester studirte und dort Ostern 1890 das Physikum bestanden hat. Seine letzten zwei Semester brachte er in Greifswald zu, wo er auch am 10. Mai 1893 das Staatsexamen beendet und an eben demselben Tage das Examen rigorosum bestanden hat.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

In Greifswald:

Gerstaecker, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Krabler, Landois, Limpricht, Löffler, Mosler, Oberbeck, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

In Würzburg:

Bonnet, Fick, Fischer, Hofmeier, Kölliker, Kunkel, Leube, Rindfleisch, Röntgen, Sachs, Schönborn, Semper.

Allen diesen Herren sagt Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigsten Dank.

Thesen.

I.

Die häufige Kinderlosigkeit in der Ehe ist mehr den Männern als den Frauen zuzuschreiben.

II.

Nach dem Curettement ist die sofortige Ausspülung des Uterus mit antiseptischen Flüssigkeiten zu verwerfen.

III.

Bei Conjunctivitis phlyctaenulosa ist die Allgemeinbehandlung von grösserem Werth wie die locale.